

# NEURITIS TRAUMÁTICA DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR

## TRATAMIENTO CON COMPLEJO B LOCAL Y GENERAL

Por el doctor

**Antonio R. Tejeiro Canesi**

Entendemos por neuritis todo proceso inflamatorio limitado a un filete o tronco nervioso y cuyo origen puede ser tóxico, inflamatorio o traumático, pero siempre provocado por causas locales. En esto estriba la diferencia con las polineuritis, que pueden ser, además de tóxicas e infecciosas, de origen carencial, discrásico, gravídico, etc., pero nunca traumático, es decir, a etiología general y afectando a varios troncos nerviosos. La costumbre ha hecho que en la actualidad la diferencia entre neuritis y polineuritis consiste en establecer solamente su origen local o general, respectivamente.

Los casos clínicos que nos ocuparán pertenecen al tipo de las neuritis traumáticas y, por rara coincidencia, a idéntica etiología y evolución, a excepción de uno. La denominación exacta es la de neuritis traumáticas, pero paradójicas, ya que no se debieron a incapacidad ni a torpeza de los colegas, sino a la localización exacta y a la punción del nervio dentario inferior en la aplicación de anestésicos tronculares, *demasiado bien aplicadas*.

Otro de los casos, tal vez el más serio, se debió a un desgarramiento del paquete vaseulónervioso dentario inferior provocado por la acción del extremo agudo de elevadores tipo Winter núm. 11.

### CASUÍSTICA

Caso I.—Dra. R. B., Odontóloga. Se somete a un tratamiento endodóncico en un segundo molar inferior derecho. El hábil colega que la atiende hace la anestesia troncular de acuerdo a la técnica habitual, pero al profundizar la aguja toca exactamente el nervio dentario inferior. La paciente acusa un intenso dolor de duración efímera y nota que la anestesia en todo el dominio del tronco nervioso es instantánea y profunda. La recuperación no es total, ya que se instala una pares-

tesia del hemilabio correspondiente que no habría de abandonarla hasta después del tratamiento. Concomitantemente se establece una intensa neuralgia en la zona del nervio dentario inferior desde su origen hasta las ramificaciones cutáneas del mentoniano, dando el clásico y paradójico cuadro de la parestesia dolorosa. No hay ningún sobreagregado, ni tampoco trismus ni disfagia. En esas condiciones vemos a la colega. No nos fue difícil establecer la etiología del cuadro e iniciamos el tratamiento con dos medios, cuyos principios comentaremos al final de esta comunicación:

- 1.º Novocainización al 1 por 100 de la zona dolorosa.
  - 2.º Inyección de complejo B (con 1.000 mcg. de vitamina B<sub>12</sub>-be-xobé total 1.000) en la región lesionada; y
  - 3.º Inyección intramuscular del mismo complejo B con vitamina B<sub>12</sub>.
- La mejoría es notable desde el primer día, el cuadro es casi normal al segundo día y al tercero se aprecia la remisión total.

Caso II.—Sr. R. O. A este paciente se le hace una anestesia troncular sobre el nervio dentario inferior para exodoncia. Cuando sentimos haber llegado a la rama ascendente, la paciente acusa intenso dolor y anestesia instantánea. Hicimos la extracción sin inconvenientes, pero el posoperatorio fue muy penoso, no por el hecho operatorio, sino por la lesión nerviosa.

Lo tratamos como al caso I, con infiltración «locu dolenti», infiltración complejo vitamínico B total en la misma forma y simultáneamente con el mismo producto por vía intramuscular.

Esta paciente remitió el cuadro en un solo día de tratamiento.

Caso III.—Sr. L. V. Anestesia troncular al dentario inferior. Igual cuadro clínico que los anteriores. Se le hace el mismo tratamiento. Curó en cuatro días con infiltración novocaínica y complejo B total «locu dolenti» e intramuscular.

Caso IV.—Paciente con posoperatorio muy penoso por extracción de un segundo molar inferior derecho. Dicha extracción, muy laboriosa por fractura, debe hacerse separando las raíces y extrayéndolas con los elevadores tipo Winter número 11. La herida operatoria queda limpia, neta, sin aplastamientos, pero al retirarse el efecto de la anestesia se inicia un violento dolor irradiado al oído, pero con parestesia del labio. Cuando vemos al enfermo dos días después comprobamos que el aspecto de la herida operatoria es normal. Un coágulo firme y bien ad-

herido llena el alvéolo. No existe trismus, ni edema. Sólo verificamos la sintomatología dolorosa y la parestesia del labio.

Descartadas como causas del dolor las caries penetrantes en dientes vecinos—eventualidad más frecuente de lo que se cree—llegamos a la conclusión de que se trata de una neuritis traumática provocada por laceración del tronco nervioso en el fondo del alvéolo por la acción del extremo agudo de los elevadores tipo Winter.

Tratamiento: Novocaína al 1 por 100 y complejo B total perialveolar e intramuscular. El resultado es excelente, aunque el cuadro doloroso remite con más lentitud que los anteriores.

### COMENTARIO

Como hemos visto, la resolución de estos penosos accidentes hubiera sido casi imposible sin la ayuda inestimable de los medios terapéuticos empleados.

La novocaína al 1 por 100 es el recurso inicial del tratamiento y la inyectamos impregnando el sitio de la lesión. Este fármaco condiciona por su acción sobre el simpático perivascular y las fibras que acompañan a los troncos lesionados una vasodilatación que contribuye poderosamente a la reparación. Son conocidas al respecto las experiencias de Leriche. En cuanto al complejo vitamínico B, lo debemos considerar como el protector máximo del tejido nervioso. Su acción antitóxica, reparadora y resolutive es de inestimable valor. Pero hay otro detalle de gran valor. Las vitaminas del complejo B se potencializan mutuamente. Si para una neuritis empleamos complejo vitamínico B en vez de vitamina B<sub>1</sub> aislada notaremos que su efecto será francamente más positivo. Lo que decimos para la tiamina (o aneurina) debe aceptarse para los otros miembros del complejo B. El agregado de la vitamina B<sub>12</sub> aumenta en forma notable y manifiesta su acción protectora. El gran subgrupo de las vitaminas B<sub>12</sub> (B<sub>12</sub>a, B<sub>12</sub>b, B<sub>12</sub>c, B<sub>12</sub>d) parece ser uniforme con pocas diferencias de estructura. Recuérdese al respecto que el nombre genérico es el de cobalamina, pero que las demás se denominan: cianocobalamina la B<sub>12</sub>, hidroxocobalamina la B<sub>12</sub>b, nitrosocobalamina la B<sub>12</sub>c. Es posible, además, que las vitaminas B<sub>13</sub>, B<sub>14</sub> y B<sub>15</sub> estén en amplia relación con la B<sub>12</sub>, aunque su acción sobre el organismo humano recién empieza a vislumbrarse.

## CONCLUSION

Hemos presentado la evolución y tratamiento de cuatro pacientes con neuritis traumáticas del nervio dentario inferior. Tres de ellos por accidente en la aplicación de anestesia y el otro por un raro accidente de exodoncia.

Nuestra orientación terapéutica ha sido la que esbozamos a continuación:

1.º Inyección de 5 cm<sup>3</sup> de una solución de novocaína al 1 por 100 sin adrenalina, en la zona dolorosa, por su acción sobre el simpático perivascular de acuerdo a las ideas de Leriche que han inspirado nuestra orientación terapéutica.

2.º Inyección de 2 cm<sup>3</sup> de complejo vitamínico B total, que nosotros hacemos con «bexobé Total 1.000», en la misma zona de dolor («trigger point» de los norteamericanos) e inmediatamente después de la novocainización.

3.º Inyección intramuscular del mismo complejo B a la misma dosis.

4.º Esta triple medicación debe hacerse diariamente hasta la atenuación del síndrome.

Cuando se note un principio de remisión hacer la infiltración novocáinica día por medio al igual que el complejo B. En cambio, la inyección intramuscular debe continuarse diariamente por lo menos durante cinco días para evitar las neuritis residuales y para asegurar el resultado del tratamiento.

Para terminar debemos decir que estamos ensayando esta técnica con algunas modificaciones para el tratamiento de las alveolitis. Los resultados iniciales son alentadores y serán comunicados oportunamente.

(Publicado por S. Med. y Odontología.)

---

### ¿QUE NUMERO DE HORAS DEBEMOS DORMIR?

Según un autor americano, el dormir demasiado es tan peligroso como el no dormir. Durmiendo se respira más lentamente, menos profundamente que estando despierto, y una parte del gas carbónico desprendido pasa a la sangre en vez de ser expulsado al exterior. Esta acumulación de gas puede constituir una amenaza para el organismo si dura demasiado tiempo. Nunca se deberá de dormir más de diez horas sin practicar algunos movimientos respiratorios después del sueño para disipar la sobrecarga del gas carbónico.

# HALITOSIS

Estudio clínico y terapéutico,

por el

Dr. Antonio R. Tejeiro Canesi.

La halitosis o foetor ex oris de los antiguos, es uno de los problemas que se le plantean al práctico en general y al especializado, por las molestias subjetivas y objetivas que aquejan a quien la padece.

En realidad, el clásico «mal aliento» tiene gradaciones que van desde lo discreto hasta lo humanamente insoponible. Se comprenderá claramente el por qué se debe agotar su estudio clinicoterápico para librar a quienes padezcan de aquella afección, de algo que puede hacerles imposible su vida de relación.

Insertaremos a continuación tres cuadros: el primero, pertenece a Burket; el segundo, a Prinz, y el tercero traduce nuestra manera de pensar con respecto al problema. Lo hacemos para que quienes lean estas líneas no se guíen por una sola opinión, pudiendo, con la bibliografía que transcribimos, ampliar sus conocimientos.

## Clasificación de Burket

### A., Causas extrabucuales.

1. Enfermedades de las vías respiratorias superiores (sinusitis crónica con descarga faríngea).

2. Procesos ulcerogangrenosos de tráquea, bronquios y pulmones (bronquiectasis, abscesos pulmonares, neoplasias).

3. Sustancias en la sangre circulante que al eliminarse con el aire expirado le comunican olor desagradable:

a) Alimentos, bebidas, medicamentos (ajo, alcohol, hidrato de cloral y compuestos de yodo).

b) Acumulación excesiva en sangre de constituyentes normales (olor amoniacal).

c) Sustancias anormales en la sangre (acetona).

### B. Causas bucales:

1. Higiene bucal defectuosa.

2. Retención en la boca de partículas alimenticias como secuela de:

- a) Aparatos protésicos y/u ortodóncicos o aparatos para las fracturas.
  - b) Caries dentarias.
  - c) Pérdida de las papilas dentarias.
  - d) Formación de pseudobolsas asociadas a la erupción de las piezas dentarias o tumefacción gingival.
3. Bolsas periodontales.
- a) Retención de alimentos.
  - b) Pus y putrefacción del material en ellas contenido.
4. Intervenciones quirúrgicas, hemorragias o necrosis de cualquier etiología (diabetes, leucemias, neoplasias).

### Clasificación de Prinz

1. Olores derivados de defectos técnicos, que permitan la retención alimenticia, olores de las dentaduras artificiales. Prinz asegura que los aparatos de prótesis siempre tienen olor. Y olores por caries muy extensas.

2. Olores producidos en los tejidos blandos de la cavidad bucal como ocurre en las gingivitis, en la infección de Vincent, en las úlceras y en los tumores malignos.

3. Olores que se desprenden de la región nasofaríngea, especialmente en las faringitis, amigdalitis y vegetaciones adenoides. Los olores de las enfermedades nasales como el ozena, las úlceras tuberculosas y los tumores nasales son particularmente desagradables.

4. Los olores que proceden de las vías digestivas son generalmente debidos a enfermedades del esófago, estenosis y cáncer que cause ulceraciones. Ningún olor que tenga su origen en el intestino o en el estómago puede pasar por el esófago contraído.

5. Olores que emanan las enfermedades broncopulmonares.

6. Olores que tienen su origen en afección o enfermedad del metabolismo y que se eliminan por el pulmón. Por lo común se generan en el conducto gastrointestinal y están asociados al estreñimiento crónico. En la diabetes se observa olor a frutas debido a la presencia de acetona en sangre. En la cirrosis hepática el paciente tiene aliento a «sangre descompuesta». En todas las enfermedades febriles notamos halitosis. La uremia causa olor amoniacal en el aire espirado y en los casos avanzados se hace de carácter urinoide.

7. Olores de medicamentos y venenos absorbidos, especialmente el llamado aliento del plomo.

8. Olores de los alimentos, condimentos y estimulantes. Algunos son sumamente desagradables, sobre todo, los producidos por sustancias proteicas como el queso y los huevos cocidos. Las cebollas, ajos y puerros, son bien conocidos al respecto. En el alcoholismo agudo las diferentes bebidas impregnan el aliento con un olor característico durante muchas horas. El olor del tabaco puede reconocerse hasta diez o quince horas después del uso.

### CLASIFICACION PROPUESTA POR NOSOTROS

#### 1. Halitosis de causa local.

- a) Por paradentosis.
- b) Por caries.
- c) Por incuria.
- d) Por gingivitis y/o estomatitis.
- e) Por accidentes de erupción.
- f) Por alteraciones linguales.
- g) Por inflamación crónica del anillo de Waldeyer.
- h) Por inflamación crónica del rinofarinx.
- i) Por inflamación crónica de los senos paranasales.
- j) Por intervenciones quirúrgicas.
- k) Por tumores malignos de la cavidad bucal o rinofarinx.

#### 2. Halitosis de causa general.

- a) Dispepsias.
- b) Enfermedades del aparato respiratorio.
- c) Acetonemia.
- d) Uremia.
- e) Eliminación del osmóforo de los alimentos.
- f) Alcoholismo.

### NOTA PREVIA

Antes de iniciar el estudio del problema que nos ocupa, queremos escribir unas palabras sobre un término que citaremos muchas veces en el curso de esta comunicación. Se trata de la palabra «osmóforo». Osmóforo es un neologismo proveniente del griego (Osmee, que significa olor, y ferein, que significa llevar), que se aplica a ciertos núcleos químicos básicos contenidos en cuerpos odoríferos y que son los determinantes del aroma o la fetidez.

## HALITOSIS DE CAUSA LOCAL

1.º **Paradentosis.**—El contenido del fondo de saco, provoque o no supuración,, puede ser la causa de un mal aliento, no muy pronunciado pero continuo, más notable por la mañana que durante el resto del día y mucho más perceptible en los que no cumplen con la higiene bucal.

2.º **Caries.**—El hecho es de observación diaria. Sin embargo, para que la halitosis tenga lugar, es necesario que las caries sean múltiples-policaries y del tipo penetrante con destrucción pulpar. La caries no penetrante, por sí sola, no es causa del proceso que nos ocupa, salvo que la repleción de las cavidades con restos alimenticios y su posterior descomposición desencadenen el cuadro.

3.º **Falta de higiene.**—La higiene bucal defectuosa, según hemos consignado, permite la acumulación entre los dientes y alrededor de ellos de restos alimenticios que serán atacados por la flora bacteriana bucal. El olor es particularmente intenso cuando han desaparecido las papilas interdentarias por un proceso previo, como por ejemplo, en las gingivoestomatitis de Vincent. Igualmente la falta de higiene de los aparatos de prótesis, especialmente el caucho —ya casi desaparecido en prótesis—, que por su porosidad favorecía la retención de restos y su descomposición ulterior. La halitosis es rara en los aparatos de resinas acrílicas pero posible en los pacientes con incuria absoluta. Burket nos dice que «las dentaduras artificiales requieren igual atención que la dentadura natural para evitar la halitosis, aunque es posible que requiera más».

4.º **Las gingivitis.**—Colocaremos en primer término, a la gingivitis de Vincent. Prinz dice que el olor es uno de los signos más característicos, tal vez, el más característico de este proceso. La intensidad de la halitosis puede ser impresionante. Téngase presente siempre que una infección de Vincent puede ser el primer indicio de una discrasia sanguínea —agranulocitosis, leucemias, etc.—, o de un estado carencial preescorbútico como así una hipovitaminosis del complejo B.

5.º **Accidentes de erupción.**—En especial los accidentes de los terceros molares inferiores, con sus derivaciones mucosas, pericoronaritis, que pueden ser el origen por retención de residuos o por infección sobreagregada —especialmente la de Vincent— de halitosis que sólo se eliminarán con la extracción de la pieza responsable y con terapéutica anti-inflamatoria previa, según se crea conveniente.



6.º **Alteraciones linguales.**—Las perturbaciones cualitativas de la nutrición, las hipovitaminosis B y C, la deshidratación por estados febriles o en las hemorragias, las anemias, etcétera, generan alteraciones epiteliales diversas que van desde la atrofia hasta la ulceración de las papilas. Esa modificación de la textura lingual se acompaña generalmente de invasión superficial de hongos inferiores y bacterias, que descomponiendo los elementos celulares sobre los que se desarrollan engendran sustancias odoríferas de distinta índole.

7.º **Inflamaciones crónicas del anillo linfoideo de Waldeyer.**—En primer término, téngase en cuenta las amígdalas palatinas, en cuyas criptas se mantienen con frecuencia, en forma crónica y sólo modificable con su extirpación, grumos de material necrótico bacteriano-micótico llamados tapones necrobióticos de Dittrich que a veces pueden ser exprimidos, de olor pútrido, y cuya presencia confiere al aliento un olor característico. Las supuraciones fluídas determinan halitosis de menor intensidad. La presencia de aquellos tapones de Dittrich puede verificarse igualmente en las criptas de vegetaciones adenoideas.

8.º **Inflamaciones crónicas del rinofarinx.**—Téngase presente dos casos:

a) El ozena o rinitis atrófica que produce emanaciones odoríferas muy fétidas, que el portador muchas veces no percibe, y que se emiten por la espiración nasal, pero que contamina igualmente al aliento.

b) El cáncer de cavum, que se inicia muchas veces —antes de la sensación de obstrucción nasal— con una halitosis muy pronunciada.

9.º **Sinusitis crónicas.**—Las sinusitis crónicas pueden ser causa de halitosis, pero por lo general el enfermo, al percibir el olor de las secreciones estancadas, cree que también lo perciben quienes lo rodean. En realidad, no es así; estos pacientes no proyectan su mal olor, pero lo creen así, de tal manera que puede llegar a convertirse en un estado obsesivo.

10. **Intervenciones quirúrgicas.** — La halitosis es común después de las intervenciones quirúrgicas bucales por varias causas: 1.º, por falta de masticación normal; 2.º, por putrefacción de los materiales empleados como apósitos, y 3.º, por invasión de los tejidos por microorganismos histolíticos de acción atenuada.

11. **Tumores malignos de la cavidad bucal y anexos.**—La existencia de un tumor maligno en la cavidad bucal, pero especialmente en el rinofarinx, suele ocasionar una halitosis muy intensa agravada por la incuria del paciente.

## HALITOSIS DE CAUSA GENERAL

Con respecto a las causas generales queda establecido que se trata de la emisión de osmóforos desde la superficie pulmonar, lo que significa que previamente han circulado por vía sanguínea.

Goodman y Bearg observaron aliento aliáceo en recién nacidos, cuyas madres habían ingerido ajo veinticuatro o cuarenta y ocho horas antes del parto. Como el único medio de transferencia para el osmóforo de la madre al feto es la vía transplacentaria, se deduce que previamente dicha sustancia ha circulado por vía hemática.

Según estos autores, está demostrado que la sustancia responsable ha sido absorbida por el intestino y eliminada por el pulmón.

Es conocida igualmente la exhalación de los aceites esenciales utilizados en terapia broncopulmonar.

Crohn y Drosd han demostrado que las siguientes sustancias absorbidas por el intestino se eliminan por vía respiratoria; sustancias odoríferas vegetales tales como ajo, cebolla, perejil, romero, orégano, aceites esenciales de menta, como así también, sustancias odoríferas de ciertas bebidas alcohólicas, tales como la grappa, el cognac, etc.

La ingestión conjunta de sustancias aromáticas con bebidas alcohólicas aumenta la capacidad de producir halitosis, porque el alcohol realiza un verdadero proceso de extracción de los osmóforos volátiles.

Por vía respiratoria se exhalan también cuerpos aromáticos endógenos, provenientes del metabolismo. Snapper consigna al respecto que los chinos recalcan el olor «a vaca» de los europeos, y que ellos atribuyen al gran consumo de leche y manteca, cuyos productos finales de su metabolismo —ácidos grasos— se eliminan por vía respiratoria. Crohn y Drosd confirman que pacientes sometidos largo tiempo a dietas hiperlácteas, presentan un tipo especial de halitosis que desaparece cuando se suprime la leche y derivados.

Las causas de las halitosis de origen general son las siguientes:

- 1.º Dispepsias.
- 2.º Afecciones del aparato respiratorio.
- 3.º Acetonemia.
- 4.º Uremia.
- 5.º Eliminación del osmóforo de los alimentos.
- 6.º Alcoholismo.
- 7.º Estreñimiento.

1.º **Dispepsias.**—Todo trastorno de la digestión, producido por secreción insuficiente gástrica, biliar, pancreática o intestinal, determinan en lugar de la digestión normal una alteración en el metabolismo y un proceso putrefactivo con producción de sustancias del tipo del escatol e indol, que son absorbidos por el intestino o por vía porta y eliminados por vía respiratoria. Un simple trastorno de la dinámica intestinal, puede alterar la digestión y favorecer la producción de cuerpos osmóforos. Es muy interesante hacer notar que un shock nervioso puede, por alteración de la motilidad intestinal, ser causante de una halitosis. Por lo demás Walldeström insiste en el valor de la labilidad emocional en las génesis del proceso que nos ocupa.

Ingualmente una dispepsia puede determinar un estado saburral en todas las mucosas digestivas, incluyendo a la lingual y a la esofágica. El exceso de descamación epitelial favorece la invasión de los tejidos por una flora micótica y bacteriana que engendra emanaciones francas.

Las halitosis más pronunciadas se presentan en las insuficiencias gástricas y pancreáticas. La deficiencia de tripsina o de lípidos no digeridos engendran osmóforos de gran fetidez. Según Darby, en las hepatitis graves la halitosis adquiere caracteres impresionantes por su fetidez.

Resumiendo: para que la halitosis se produzca es necesario:

- 1.º Que exista cierto grado de putrefacción intestinal.
- 2.º Que la dinámica intestinal esté retardada.
- 3.º Que exista permeabilidad para permitir el pasaje de los cuerpos osmóforos de la vía porta al sistema porta.

2.º **Enfermedades del aparato respiratorio.** — En toda afección con cavidades retentivas y destrucción tisular se generan cuerpos osmóforos fétidos, como en las bronquitis crónicas y en el cáncer pulmonar, pero considérese que una bronquiectasia puede ser la causa de una halitosis muy pronunciada.

3.º **La acetonemia.**—La acetonemia suele observarse en los diabéticos o en ciertos enfermos hepáticos que confiere al aliento un olor típico e inconfundible que se ha comparado al de ciertas frutas a punto de descomponerse, en especial manzanas y naranjas.

4.º **La uremia.**—La halitosis puede ser el único síntoma —a veces precoz— de una retención nitrogenada. El aire espirado tiene carácter amoniacal —urinoide o pútrido— como el de la orina descompuesta. Es muy interesante retener que

un adenoma de próstata oculto asintomático, salvo una discreta polaquiuria, puede ser la causa de una moderada uremia con persistente mal aliento.

5.º **Eliminación de osmóforos alimenticios.**—El ajo y la cebolla son posiblemente los dos vegetales con los principios odoríferos más potentes que pasan con mayor facilidad al aliento, aunque existen muchas otras sustancias alimenticias que pueden hacerlo, según hemos visto. El calentamiento y, en especial, la fritura, agrava el cuadro porque el calor origina nuevos osmóforos de mayor intensidad y fetidez.

6.º **Alcoholismo.** — Tanto el alcoholismo agudo como el crónico engendran una forma muy particular de halitosis, aun en los casos moderados. Los hechos son demasiado conocidos como para insistir sobre ellos.

7.º **Estreñimiento.**—Crohn y Drosd observaron que el estreñimiento producido artificialmente no modifica el olor del aire expirado. Esto parece concluir con la vieja creencia que esta afección podía ser causa de halitosis.

Para terminar con esta parte del problema que nos ocupa, digamos que cierto tipo de neurópatas, insiste en acusar una halitosis que no padece, pero que puede tener un carácter obsesivo que haga necesario derivarlo al especialista pertinente.

## ORIENTACION TERAPEUTICA

Como odontólogos partiremos de la base que sólo trataremos las halitosis de causa local y en especial las de causa estrictamente bucal. Las halitosis de origen general o local, pero del resorte del otorrinolaringólogo será atendida por el especialista pertinente, según el diagnóstico, que haremos por eliminación.

Ahora bien: ¿cómo sabemos si una halitosis es de causa local o general? Para ello emplearemos el método de Brenin. Hágase cerrar con fuerza los labios del paciente y ordénesele espirar. Si al efectuar esta prueba no se percibe el olor es posible que el proceso sea de origen bucal o faríngeo. Puede confirmarse esta maniobra, haciendo espirar, con la nariz tapada; si se verifica halitosis es posible que sea de origen general. Esta regla aunque útil no es absoluta.

## TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS

Hemos dejado sentado que cuando el proceso sea de origen general, el paciente será atendido por el especialista pertinente. Recordemos que quien escribe estas líneas es odontó-

logo y que, frente a una halitosis de causa general llegará solamente, como es lógico, «hasta el diagnóstico».

En una palabra: cuando el proceso que nos ocupa esté vinculado a una paradentosis, a caries penetrantes, a accidentes de erupción o a falta de higiene, procederemos en consecuencia. No se tome como un medio terapéutico «demasiado elemental», pero la higiene bucodental simple ha solucionado muchos problemas de mal aliento. Por supuesto, lo dicho reza ampliamente para los aparatos de prótesis, cuya higiene muchas veces los pacientes no la cumplen como debe ser. Cuando el proceso sea originado por una infección de Vincent —la clásica fusoespiroquetosis— recuérdese la conocida fórmula siguiente, que ha resistido la prueba del tiempo conservando en la era de los antibióticos todo su valor:

Rp.  
 Bicromato de potasio ... .. 5 g  
 Acido bórico ... .. 6 »  
 Agua destilada ... .. 100 cm<sup>3</sup>  
 (Colutorios)

Empléese diluído al tercio cada cuatro horas.

Si el proceso fusoespirilar es limitado, en especial cuando está vinculado a accidentes de erupción, téngase presente las fórmulas siguientes que se emplearán como tópicos, con prudencia, no por toxicidad, que es nula, sino para evitar la tinción masiva de la cavidad bucal:

Rp.  
 Verde brillante ... .. } a.a. 5,50 g  
 Violeta de genciana ... .. }  
 50 cm<sup>3</sup>  
 (Tópicos)

Recordemos asimismo los enjuagatorios con agua oxigenada, que como desodorizante no ha perdido su valor, aunque su uso continuo pueda acarrear alteraciones mucosas.

La clorofila es un precioso agente terapéutico, que puede obtenerse en forma de pastillas masticables, caramelos o colutorios. Su acción es inmediata, segura e inofensiva, por lo menos en nuestra experiencia. En cuanto a los colutorios muy aromatizados hemos comprobado que su acción es efímera y a veces perjudicial, provocando no pocas veces reacciones del tipo eczema.

(per Sem. Méd. y Odtrría.)

## B I B L I O G R A F I A

- Thomas Kfl H., Patolog. bucal, tomo II, pág. 1243.  
 Burket L. W., Medicina bucal, pág. 46.  
 Castex M. R. y Vierheller F., Estud. físico del olor. Bolt. Aedn. Naenl. de Hedicina, noviembbre 1934.  
 Crohn y Drosd, J. A. M. A., 1941, pág. 117.  
 Goodman y Gilman, Th. pharmclg. basis of theraptcs., 1941.  
 Walldetrom, Acta Méd. Scandny., 1945.  
 Darby, J. A. M. A., 1946, pág. 130.

## N O T I C I A S

## UN CIRUJANO SOVIETICO CONVERTIDO EN OBISPO

La prensa de Turín refiere la singular conversión del cirujano soviético profesor Volno-Jasenetskij, que por sus notables trabajos de técnica quirúrgica mereció la más alta recompensa de la U. R. S. S. en 1946, el Premio Stalin.

El mismo refiere cómo le impresionó la lectura de una edición del Nuevo Testamento, que le regaló el director de un Liceo, al cual le daba derecho a entrar la posesión de su diploma.

Un día, siendo director del Hospital de Taskent pronunció una apasionada conferencia ante una asamblea del clero ortodoxo local y de los fieles, sobre la misión del médico. Al terminar, el Arzobispo local, cogiéndole amistosamente del brazo y mirándole fijamente a los ojos, le dijo: «Usted debería hacerse sacerdote». En domingos sucesivos, el «Premio Stalin» fué ordenado diácono y después sacerdote, recibiendo al cabo de tres años la consagración episcopal.

Hoy el profesor Volno-Jasenetskij ha llegado a ser un brillantísimo predicador y un valiente conferenciante, y a pesar de sus ochenta años sigue siendo un fácil expugnador de los «sin Dios», habiendo llevado a cabo una gran labor en defensa y difusión de la fe.

## PREMIO NOBEL 1962 DE FISILOGIA Y MEDICINA

Tres biofísicos han compartido el año pasado el Premio Nobel de Fisiología y Medicina: el americano J. D. Watson y los ingleses F. H. C. Crick y M. H. F. Wilkins. Obtuvieron esta elevada distinción por sus trabajos sobre la doble estructura espiral del ácido desoxirribonucleínico (DNS). James D. Watson tiene treinta y cuatro años de edad. Nació en Chicago y estudió en la Universidad de Indiana. En su tesis doctoral publicada en 1950, se ocupó de virus bacterianos. Hoy es profesor en el Departamento Biológico de la Universidad de Harvard. Francis H. C. Crick, de cuarenta y seis años, estudió en Londres y Cambridge. Es físico, y trabajó con éxito durante la guerra en el perfeccionamiento del radar. Es profesor del Instituto de Biología molecular en Cambridge. Maurice H. F. Wilkins cuenta con cuarenta y cinco años, y en la actualidad es director adjunto del Laboratorio Biofísico del Kings College, Londres. Hijo de médico, nacido en Nueva Zelanda, estudió física en Cambridge y Birmingham. Durante la guerra trabajó en Berkeley (California), en el Manhattan Project sobre la separación de isótopos de uranio. Después de la guerra se dedicó a la biofísica y consiguió confirmar, mediante ensayos de flexión con rayos roentgen, el modelo de Crick-Watson para el NDS.